



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.1 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. N° CEVS

5. CNPJ/CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES:

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO:

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: / /

B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ____ FEMININO ____ MASCULINO ____ OUTROS ____

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS ____

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO ____ SALAS ____ LEITOS ____ FEMININO ____ SALAS ____ LEITOS ____ MASCULINO ____ SALAS ____ LEITOS ____ OUTROS ____ SALAS ____ LEITOS ____

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ____ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS ____

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. ____ SALAS ____ CURATIVO ____ SALAS ____ ENFERMAGEM ____ SALAS ____ GESSO ____ SALAS ____ IMUNIZAÇÃO ____ SALAS ____ NEBULIZAÇÃO ____ SALAS ____
PEQUENAS CIRURGIAS ____ SALAS ____ QUIMIOTERAPIA ____ SALAS ____ POLTRONAS ____ DIÁLISE ____ SALAS ____ POLTRONAS ____ MÁQ. HD CRÔNICOS ____

V - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL ____ GINECOLOGIA ____ OBSTETRÍCIA ____ OTORRINOLARINGOLOGIA ____
CARDIOLOGIA ____ LEITO / DIA ____ OFTALMOLOGIA ____ PEDIÁTRICA ____
CIRURGIA GERAL ____ NEFRO/UROLOGIA ____ ONCOLOGIA ____ PLÁSTICA ____
GASTROENTEROLOGIA ____ NEUROCIRURGIA ____ ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ____ TORÁCICA ____

B. CLÍNICA:

AIDS ____ ENDOCRINOLOGIA ____ MOL.INFECCIOSAS ____ ONCOLOGIA ____ REABILITAÇÃO ____
CARDIOLOGIA ____ GERIATRIA ____ NEFRO/UROLOGIA ____ PEDIATRIA ____ TISIOLOGIA ____
CLÍNICA GERAL ____ HANSENOLOGIA ____ NEONATOLOGIA ____ PNEUMOLOGIA ____
CRÔNICOS ____ HEMATOLOGIA ____ NEUROLOGIA ____ PSIQUIATRIA ____
DERMATOLOGIA ____ LEITO / DIA ____ OBSTETRÍCIA ____

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO ____ UTI NEONATAL ____ UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL ____
UTI INFANTIL ____ UNIDADE INTERMEDIÁRIA ____ UNIDADE DE ISOLAMENTO ____

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº SALAS: ____ Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02